



**SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD CON DECLARACION JURADA DE SALUD.  
RUS #ENFERMEDADES CRITICAS**

**DATOS DEL ASEGURABLE**

**Apellido/s y Nombre/s:** RENIERO MARCELA ALEJANDRA  
**Domicilio:** ZANINETTI N° 443  
**Localidad:** **Provincia:**  
**Celular:** **DNI:** 26188055  
**Email:** **Nacionalidad:** Sin Informaciön  
**Género:** F **Estado** **Fecha de Nacimiento:** 9/5/77 12:00 AM

**DATOS DEL TOMADOR**

**Apellido/s y Nombre/s:** RENIERO MARCELA ALEJANDRA  
**Domicilio:** ZANINETTI N° 443  
**Localidad:** **Provincia:**  
**Celular:** **DNI:** 26188055  
**Email:** **Nacionalidad:** Sin Informaciön  
**Género:** F **Estado** **Fecha de Nacimiento:** 9/5/77 12:00 AM

OCUPACION:	EMPLEADA DOMESTICA
ALTURA en cm:	155
PESO en Kg:	55
FUMA O HA FUMADO EN LOS ULTIMOS 12 MESES?	NO
TOMA MEDICAMENTOS?	NO
VARICES EN LAS PIERNAS	NO
ARTROSIS, ARTRITIS O REUMATISMO	NO
DOLOR DE ESPALDA CRONICO LUMBAR O DORSAL	NO
ALERGIAS	NO
ASMA / BRONQUITIS CRONICA	NO
AFECCIONES OFTALMOLOGICAS	SI Especifique:: Miopia
ULCERA DE ESTOMAGO O DUODENO	NO
DEPRESION Y/O ANSIEDAD	NO
OSTEOPOROSIS	NO
DOLORES DE CABEZA	SI Motivo y Frecuencia:: Contracturas. Esporadicos
ANEMIA	NO
PROBLEMAS DE TIROIDES	NO
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD NO MENCIONADA ANTERIORMENTE?	NO
PRESION ARTERIAL MAYOR A 150/90 O QUE REQUIERE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	NO
SUFRE DE DIABETES?	NO
COLESTEROL TOTAL SUPERIOR A 230 mg/dl	NO
HA PADECIDO ALGUN INFARTO DE MIOCARDIO?	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZON	NO
HA PADECIDO ALGUN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR?	NO
PROBLEMAS CRONICOS DE PIEL	NO
TIENE O HA TENIDO ALGUN TUMOR MALIGNO/CANCER EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS?	NO
TIENE O HA TENIDO ALGUN PROBLEMA DE PROSTATA?	NO
TIENE O HA TENIDO ALGUN PROBLEMA GINECOLOGICO?	NO
TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN EL COLON?	NO
TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS EN LOS PULMONES?	NO
PRESION ARTERIAL MAYOR A 150/90 O QUE REQUIERE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	NO
SUFRE DE DIABETES?	NO
COLESTEROL TOTAL SUPERIOR A 230 mg/dl	NO
HA PADECIDO ALGUN INFARTO DE MIOCARDIO?	NO
OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZON	NO
HA PADECIDO ALGUN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR?	NO

Certifico que esta declaración es verdadera y completa hasta donde tengo conocimiento. Comprendo que cualquier falsificación de la presente hará nulo el contrato.

Autorizo a los médicos tratantes, Hospital, Clínica o establecimiento de cuidado de la salud, a proporcionar la información que sobre mi estado de salud solicite RIO URUGUAY SEGUROS.

---

Firma y Aclaración del Asegurable

---

Firma y Aclaración del Tomado

DOCUMENTO INVALIDO